

которые приводят к снижению частоты обострений, снижению потребности в β_2 -агонистах короткого действия.

2. Клиническая эффективность сублингвально-пероральной АСИТ отмечается в более ранние сроки от начала терапии в сравнении с внутрикожной АСИТ.

Литература:

1. Global Initiative for Asthma (GINA) Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2020 GINA Report [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://ginasthma.org/2020-gina-report-global-strategy-for-asthma-management-and-prevention/>. – Дата доступа: 10.10.2020.
2. EAACI: Guidelines on AIT for allergic asthma 2017, http://www.eaaci.org/documents/AIT/Allergic_asthma_AIT_03_06_17.pdf.
3. Клинический протокол диагностики и лечения бронхиальной астмы/ Приложение 3 к приказу М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 05.07.2012, № 768. – Прил. 3. – 20 с.
4. Выхристенко, Л.Р. Пероральная низкодозовая аллерговакцина АВ-1П для лечения пациентов с atopической бронхиальной астмой: эффективность и безопасность / Л.Р. Выхристенко // Вестн. ВГМУ. – 2013. – Т. 12, № 3. – С. 41–47.

УДК 616-002.147-07:615.8

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ КРИТЕРИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОБОСТРЕНИЯ ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА И ОСТРОГО РЕАКТИВНОГО АРТРИТА

Сиротко О.В., Сиротко В.В., Мороз О.К., Литвяков А.М.
УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Дифференциальная диагностика суставного синдрома при поражении первого плюснефалангового сустава подразумевает разграничение двух основных групп заболеваний: микрокристаллические артриты и серонегативные спондилоартропатии (в частности, реактивный артрит). Сложности диагностики микрокристаллических артритов заключаются в инвазивности метода определения кристаллов в синовиальной жидкости, связаны с недостаточным распространением поляризационной микроскопии в учреждениях здравоохранения, отсутствием повышения уровня мочевой кислоты в период острого приступа подагрического артрита. В свою очередь диагностика реактивного артрита на практике в 30% случаев затруднена в связи с отсутствием лабораторного подтверждения триггерной инфекции. Наиболее общедоступным, малозатратным, неинвазивным и быстрым методом диагностики является ультразвуковое исследование (УЗИ) суставов [1, 2].

Цель работы. Разработка критериев ультразвуковой диагностики подагрического артрита (ПА) и реактивного артритов (РеА).

Материал и методы. Нами были обследованы 20 пациентов с ПА, 36 пациентов с РеА. Диагноз ПА устанавливался в соответствии с диагностическими критериями Американской коллегии ревматологов (ACR) и Европейской антиревматической лиги (EULAR) 2015 [3]. Все пациенты с ПА (20) – мужчины (100%), медиана возраста которых составила 46 лет (33-56), медиана длительности течения заболевания – 1,4 года (0,55-2,1). Пациенты с РеА отвечали предварительным Международным критериям (4th International Workshop on Reactive Arthritis, Berlin 1999). В группе пациентов с РеА женщины составили 16 человек (46,4%), а мужчины □ 20 человек (53,6%), медиана возраста - 34 года (31–42), медиана длительности течения РеА – 1 год (0,3-3,25), активность I степени была определена у 8 (22,3%) человек, II – у 10 (27,7%), III – у 18 (50%).

Всем пациентам проводилось мультиплоскостное динамическое исследование I плюснефалангового сустава в продольной и поперечной плоскости ультразвуковым аппаратом экспертного класса «Voluson 730 GE-Expert» с использованием датчика с частотой 12 МГц с Допплером.

Результаты и обсуждение. У пациентов с ПА были выявлены следующие ультразвуковые признаки патологии I плюсне-фалангового сустава: умеренный синовит (96,6%, 95% ДИ: 96,5-96,7%), отсутствие патологической васкуляризации в проекции синовия; гиперэхогенная линейная тень (двойной контур) параллельно суставной поверхности кости (99%, 95% ДИ: 99,1-98,9%), отек периартикулярных мягких тканей (58,4%, 95% ДИ: 88,1-88,6%); положительная «болевая проба» над всей поверхностью сустава, проведенная под контролем УЗИ.

У пациентов с РеА были визуализированы следующие ультразвуковые особенности поражений суставов: энтезит (64,7%, 95% ДИ: 64,2-65,3%); эрозии воспаления (57,5%, 95% ДИ: 57-57,9%) под пораженным энтезом без патологической васкуляризации; выраженный синовит (52,9%, 95% ДИ: 52,4-52,3%); параэнтезиальный отек мягких тканей (59,5%, 95% ДИ: 59,4-60%); параэнтезиальный выпот (36,7%, 95% ДИ: 36,2-37,1%); положительная «болевая проба» при пальпации пораженных энтезов в 100% случаев под контролем УЗИ.

Выводы. На основании полученных результатов, нами разработаны следующие ультразвуковые дифференциально-диагностические критерии ПА и РеА:

1. Для обострения подагрического артрита характерны: двойной контур в виде линейной гиперэхогенной тени параллельно суставной поверхности кости; умеренный синовит; отсутствие гипervasкуляризации в проекции синовия; периартикулярный отек/выпот; положительная «болевая проба» над всей поверхностью сустава под контролем УЗИ.
2. Визуализационные признаки реактивного артрита включают: энтезит; эрозии воспаления под пораженным энтезом; отсутствие патологической васкуляризации в проекции синовия; выраженный синовит; параэнтезиальный отек /выпот; положительная «болевая проба» в проекции пораженных энтезов под контролем УЗИ.

Литература:

1. Raftery, G. Comparison of musculoskeletal ultrasound practices of a rheumatologist and a radiologist / G. Raftery, G. Hide, D. Kane // Rheumatology. – 2007. – Vol. 232, № 46 (3). – P. 519-522.
2. Wakefield, R.J. Musculoskeletal ultrasound including definitions for ultrasonographic pathology / R.J. Wakefield, P.V. Balint, M. Szkuclarek // J Rheumatol. – 2005. – Vol. 32. – P. 2485-2487.
3. Neogi T., Jansen T., Dalbeth N. et al. 2015 Gout classification criteria: an American College of Rheumatology / European League Against Rheumatism collaborative initiative. Ann. Rheum. Dis. 2015; 74: 1789-1798.

УДК 616.12:616.136.7

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ РЕНОКАРДИАЛЬНОГО СИНДРОМА ПРИ ПЕРВИЧНОМ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ

Счастливенко А.И., Выхристенко Л.Р.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Хронический гломерулонефрит (ХГН) выявляется у лиц любого возраста, но чаще у лиц трудоспособного возраста, это заболевание приводит к прогрессированию нефросклероза и развитию ренокардиального синдрома [1]. Исходя из чрезвычайной важности раннего выявления ренокардиального синдрома, актуальным и эффективным является мониторинг факторов риска развития и прогрессирования первичного ХГН [2].

Цель исследования. Оценить частоту встречаемости ренокардиального синдрома при различной степени поражения стромы почек у пациентов с первичным ХГН.

Материал и методы. Для решения поставленной цели были отобраны морфологически подтвержденные случаи первичного ХГН в нефрологическом отделении Витебской областной клинической больницы (одномоментное скрининговое исследование). Обследовано 53 пациента с первичным ХГН. Согласно данным нефробиопсии они были разделены на 3 группы: первую группу составили пациенты со склерозом стромы почек до 10% (37 человек), вторую группу –